

برای درخواست یا ثبت نام مجدد در پوشش بیمه سلامت Marketplace خود آماده شوید

لبرای درخواست یا ثبت نام مجدد در پوشش Marketplace خود، به HealthCare.gov مراجعه کنید یا با مرکز تلفن Marketplace به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.

قبل از شروع درخواست خود، این اطلاعات را آماده داشته باشید. این امر به شما کمک می‌کند درخواست را سریع‌تر تکمیل کنید.

آیا آماده است؟	چرا به آن نیاز دارم؟	به چه چیزی نیاز دارم؟
<input type="checkbox"/>	در درخواست Marketplace شما از شما اطلاعات اولیه از جمله نام و تاریخ تولد شما خواسته می‌شود.	اطلاعات شما
<input type="checkbox"/>	درخواست Marketplace (بازار) شما از شما درباره تمامی افراد در خانوار شما می‌پرسد حتی آنهایی که برای پوشش بیمه درخواست نمی‌دهند. Marketplace معمولاً خانواده شما از جمله پرونده‌های مالیاتی و وابستگان مالیاتی آنها را شامل می‌شود، اما استثنائاتی وجود دارد. گاهی اوقات شامل افرادی می‌شود که با آنها زندگی می‌کنید و جزء خانواده مالیاتی شما نیستند. خودتان را در درخواست خود ذکر کنید. وقتی درخواست خود را پر می‌کنید، ممکن است در مورد افراد زیر سوالاتی از شما پرسیده شود: <ul style="list-style-type: none"> همسر شما فرزندان شما که با شما زندگی می‌کنند، حتی اگر خودشان درآمد لازم برای ارائه اظهارنامه مالیاتی داشته باشند هرکسی که در اظهارنامه مالیاتی خود او را به عنوان وابستگی درج می‌کنید، حتی اگر با شما زندگی نمی‌کند سایر افراد زیر 21 سالی که از آنها مراقبت می‌کنید و با شما زندگی می‌کنند شریک زندگی شما که با او ازدواج نکرده‌اید، تنها در صورتی که یکی از این موارد یا هر دو مورد اعمال شود: <ul style="list-style-type: none"> آنها برای اهداف مالیاتی به شما وابسته هستند آنها پدر/مادر فرزند شما هستند 	اطلاعات مربوط به اعضای خانوار
<input type="checkbox"/>	برای کسب اطلاعات بیشتر، به HealthCare.gov/income-and-household-information/ مراجعه کنید یا با مرکز تلفن Marketplace تماس بگیرید.	آدرس منزل و/یا پستی برای همه افرادی که درخواست پوشش دارند
<input type="checkbox"/>	جایی که شما زندگی می‌کنید می‌تواند بر پوشش درمانی که شما واجد شرایط آن هستید تاثیر داشته باشد. در ابتدای درخواست، ایالت خود را انتخاب خواهید کرد. آدرس خانه خود را وارد می‌کنید تا نشان دهید که آیا ساکن ایالتی هستید که در آن به دنبال پوشش هستید یا خیر. از شما آدرس پستی خواسته می‌شود. که معمولاً همان آدرس منزل شما است. اگر اینطور نیست، یک آدرس پستی در ایالتی که در آن زندگی می‌کنید ارائه دهید. اگر شخصی در درخواست شما آدرس خانه یا پستی متفاوتی دارد، باید آن را نیز داشته باشید.	اطلاعات مربوط به تمام متقاضیان پوشش
<input type="checkbox"/>	درخواست Marketplace شما، از شما اطلاعات اولیه مربوط به تمام متقاضیان پوشش، از جمله نسبت آنها با شما خواسته می‌شود.	

آیا آماده است؟	چرا به آن نیاز دارم؟	به چه چیزی نیاز دارم؟
<input type="checkbox"/>	سوف يُطلب منك في الطلب المُقَدَّم لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) توفير رقم الضمان الاجتماعي المكوّن من 9 أرقام عن كل شخص حتى غير المُتقدمين للحصول على تغطية تأمينية. پس از اینکه در ابتدای درخواست خود اجازه دادید، Marketplace شماره‌های تأمین اجتماعی (SSN) را از سازمان Social Security (تأمین اجتماعی) استعلام می‌کند. إذا لم تُدرج رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فقد تكون في حاجةٍ إلى توفير المزيد من المعلومات في وقتٍ لاحق بعد ذلك.	شماره‌های تامین اجتماعی (SSN) برای تمام افراد مندرج در درخواست شما
<input type="checkbox"/>	گر یک متخصص به شما کمک می‌کند تا درخواست خود را تکمیل کنید، اطلاعات او را نیز باید وارد کنید. این متخصصان عبارتند از: راهنما، مشاوران درخواست‌های معتبر، پرسنل کمک حضوری، نمایندگان و کارگزاران.	اطلاعات مربوط به متخصصانی که به شما در ارائه درخواست کمک می‌کنند، در صورت وجود
<input type="checkbox"/>	اگر فردی که در درخواست شما نیاز به پوشش دارد، یک مهاجر قانونی باشد، از شما خواسته می‌شود اطلاعات مدارک مهاجرت خود ارائه دهید.	اطلاعات مدارک مهاجرت (این گزینه فقط برای مهاجرانی اعمال می‌شود که به طور قانونی حضور دارند)
<input type="checkbox"/>	اگر مالیات بر درآمد فدرال را ارسال می‌کنید و متاهل هستید، Marketplace باید بداند که آیا به طور جداگانه یا مشترک پرونده را ارسال می‌کنید. همچنین از شما سؤال می‌شود که چه کسانی را به عنوان یک وابسته مالیاتی ذکر می‌کنید.	اطلاعاتی درباره نحوه ثبت پرنده مالیاتی خود
<input type="checkbox"/>	<p>در درخواست Marketplace شما در مورد درآمد و هزینه‌های هر یک از افراد خانواده شما، حتی آنهایی که برای پوشش درخواستی ندارند، سوال می‌شود.</p> <p>Marketplace این موارد را به عنوان درآمد در نظر می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ دستمزدها و حقوق، همانطور که در فرم W-2 و فیش حقوقی شما گزارش شده است ■ انعام ■ درآمد خالص حاصل از هر نوع خوداشتغالی یا کسب و کار ■ غرامت بیکاری ■ پرداخت‌های تأمین اجتماعی، از جمله پرداخت‌های ناتوانی (به جز درآمد اضافی تأمین اجتماعی (SSI)) ■ نفقه طلاق و جدایی قطعی شده قبل از 1 ژانویه 2019 ■ درآمد بازنشستگی یا مستمری، از جمله اکثر برداشت‌های IRA یا 401k ■ درآمد حاصل از سرمایه گذاری، مانند سود سهام یا بهره ■ درآمد اجاره ■ سایر درآمدهای مشمول مالیات <p>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درآمد و یا اینکه چه منابع درآمدی باید لحاظ شود، به HealthCare.gov/income-and-household-information/income مراجعه کنید.</p>	اطلاعات کارفرما و درآمد برای تمام افراد خانواده شما
<input type="checkbox"/>	ممکن است در درخواست Marketplace شما از شما خواسته شود که درآمد اعضای خانوار خود را در سالی که برای پوشش درخواست می‌دهید تخمین بزنید. اگر مطمئن نیستید، اشکالی ندارد که نزدیکترین برآورد خود را درج کنید. اگر درآمد شما تغییر کند یا با آنچه که تخمین زده اید متفاوت باشد، باید این اطلاعات را بعداً به روز کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به HealthCare.gov/reporting-changes/why-report-changes مراجعه کنید. برای کمک به محاسبه درآمد خانوار خود، به HealthCare.gov/income-calculator مراجعه کنید.	نزدیکترین برآورد شما از درآمد خانوار شما

آیا آماده است؟	چرا به آن نیاز داریم؟	به چه چیزی نیاز داریم؟
<input type="checkbox"/>	<p>در درخواست Marketplace از شما پرسیده می‌شود آیا شخصی در خانوار شما در حال حاضر برای پوشش بیمه از جمله Medicaid، Children's Health Insurance Program (برنامه بیمه درمانی کودکان/ Medicare، TRICARE، CHIP)، برنامه مراقبت درمانی VA، Peace Corps (سپاه صلح)، COBRA، بیمه بازنشستگی یا پوشش بیمه از طریق بیمه انفرادی (شامل پوشش بیمه Marketplace) یا از طرف کارفرما، نامنویسی شده است یا خیر.</p> <p>اگر شخصی اکنون دارای پوشش بیمه است، ممکن است لازم باشد شماره بیمه‌نامه او را وارد کند. شما می‌توانید این اطلاعات را در کارت بیمه یا اسنادی که از طرح خود دریافت می‌کنند، بیابید.</p>	اطلاعات پوشش سلامت فعلی
<input type="checkbox"/>	<p>در درخواست Marketplace از شما اطلاعاتی درباره هر گونه طرح مبتنی بر شغل پرسیده می‌شود که شما یا شخصی در خانوار شما واجد شرایط آن است. در این درخواست از شما اطلاعات تماس کارفرما برای هر شخص در خانوار پرسیده می‌شود که شغل دارد. شما می‌توانید از Employer Coverage Tool (ابزار بیمه کارفرما) در healthcare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf به منظور کمک در گردآوری این اطلاعات استفاده کنید. شما می‌توانید این کاربرگ را برای هر عضو خانواده تکمیل کنید که از طریق شغل، واجد شرایط پوشش بیمه سنتی است، حتی اگر آن شخص در طرح مبتنی بر شغل نامنویسی نشده باشد یا برای پوشش بیمه Marketplace درخواست نمی‌دهد.</p>	اطلاعات کارفرما برای هر یک از افراد خانواده شما
<input type="checkbox"/>	<p>گر شخصی برای کسب‌وکاری کار می‌کند که از طریق یک HRA تحت پوشش فردی یا HRA کارفرمای کوچک واجد شرایط، به پرداخت یک طرح بهداشتی یا هزینه‌های مراقبت بهداشتی کمک می‌کند، از اطلاعیه کارفرما برای تکمیل درخواست Marketplace خود استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به HealthCare.gov/job-based-help مراجعه کنید.</p>	اطلاعات ترتیبات بازپرداخت سلامتی (HRA) (فقط در صورتی اعمال می‌شود که به کسی در خانواده شما از طریق کارفرمای خود HRA ارائه شود)

شما حق دارید که اطلاعات Marketplace را در قالب قابل دسترسی دریافت کنید، مثلاً به صورت نسخه چاپی درشت، خط بریل، یا فایل صوتی. شما همچنین حق دارید تا در صورت روبرو شدن با برخورد تبعیض‌آمیز، شکایت خود را تنظیم کنید.

به CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice مراجعه کنید یا با شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.